

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

48

Année 1905

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 29 Novembre 1905, à 1 heure

Par LUCIEN JÜLLICH

Ancien interne pr. des hôpitaux de Paris
Médaille de bronze de l'Assistance publique

Contribution à l'Étude
Des Formes Cliniques
de l'Ulcère de l'Estomac
CHRONIQUE & RÉCIDIVANT

Président : M. BRISSAUD, professeur.

Juges : { MM. DÉJERINE, professeur.
 { LEGRY, }
 { CLAUDE, } agrégés.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

Henri JOUVE

15 — Rue Racine — 15

1905

UNIVERSITÉ DE PARIS — FACULTÉ DE MÉDECINE

Doyen : M. DEBOVE.

Professeurs

Anatomie.....
Physiologie.....
Physique médicale.....
Chimie organique et chimie minérale.....
Histoire naturelle médicale.....
Pathologie et thérapeutique générales.....
Pathologie médicale.....

Pathologie chirurgicale.....
Anatomie pathologique.....
Histologie.....
Opérations et appareils.....
Pharmacologie et matière médicale.....
Thérapeutique.....
Hygiène.....
Médecine légale.....
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....
Pathologie expérimentale et comparée.....

Clinique médicale.....

Maladies des enfants.....
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....
Clinique des maladies du système nerveux.....

Clinique chirurgicale.....

Clinique ophthalmologique.....
Clinique des maladies des voies urinaires.....

Clinique d'accouchement.....

Clinique gynécologique.....
Clinique chirurgicale infantile.....

Agrégés en exercice.

MM.
AUVRAY.
BALTHAZARD.
BRANCA.
BEZANÇON.
BRINDEAU.
BROCA (André).
CARNOT.
CLAUDE.
CUNéo.
DEMELIN.

MM.
DESGREZ.
DUPRE.
DUVAL.
FAURÉ.
GOSSET.
GOUGET.
GUIART.
JEANSELME.
LABBE.
LANGLOIS.

MM.
LAUNOIS.
LEGREY.
LEGUEU.
LEPAGE.
MACAIGNE.
MAILLARD.
MARION.
MAUCLAIRE.
MERY.
MORESTIN.

MM.
POTOCKI.
PROUST.
RENON.
RICHAUD.
RIEFFEL, Chef des travaux anatomiques
TEISSIER.
THIROLOIX.
VAQUEZ.
WALLICH.

MM.
P. POIRIER.
CH. RICHET.
GARIEL.
GAUTIER.
BLANCHARD.
BOUCHARD.
HUTINEL.
BRISSAUD.
LANNELONGUE.
CORNIL.
MATHIAS DUVAL.
RECLUS.
POUCHET.
GILBERT.
CHANTEMESSE.
BROUARDEL.
DEJERINE.
ROGER.
HAYEM.
DIEULAFOY.
DEBOVE.
LANDOUZY.
GRANCHER.

JOFFROY.
GAUCHER.
RAYMOND.
LE DENTU.
TILLAUX.
TERRIER.
BERGER.
DE LAPERSONNE.
GUYON.
BUDIN.
PINARD.
POZZI.
KIRMISSON.

Par délibération, en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

MEIS ET AMICIS

A MES MAÎTRES :

MONSIEUR LE DOCTEUR MATHIEU

Médecin de l'hôpital Andral. (Externat et Internat pr.)

MONSIEUR LE DOCTEUR BELIN

Médecin des hôpitaux.

(Externat, hôpital des maladies contagieuses d'Aubervilliers.)

MONSIEUR LE DOCTEUR GALLIARD

Médecin des hôpitaux. (Externat, hôpital Saint-Antoine.)

Hommage de ma profonde reconnaissance.

A M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ TEISSIER

(Externat, hôpital des maladies contagieuses.)

A M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ HUMBERT

Chirurgien de l'hôpital Ricord. (Externat.)

A M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ GOUGET

Médecin des hôpitaux. (Internat pr. hôpital Lariboisière.)

A MONSIEUR LE PROFESSEUR BERGER

Chirurgien des hôpitaux. (Externat, hôpital Beaujon.)

A MONSIEUR LE PROFESSEUR KIRMISSON

Chirurgien des hôpitaux.

(Internat pr. hôpital Trousseau, Chirurgie infantile.)

A MONSIEUR LE DOCTEUR ROCHARD

Chirurgien des hôpitaux. (Externat, hôpital Beaujon.)

A M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ THIERY

Chirurgien des hôpitaux.

A MONSIEUR LE DOCTEUR BROUARDEL

Médecin des hôpitaux. (Externat, hôpital d'Aubervilliers.)

A MONSIEUR LE DOCTEUR CHARPENTIER

Médecin de la Salpêtrière. (Internat pr.)

A MONSIEUR LE DOCTEUR HUDELO

Médecin des hôpitaux. (Externat, hôpital Saint-Antoine.)

A MONSIEUR LE DOCTEUR LANDRIEUX

Médecin des hôpitaux. (Internat pr., hôpital Lariboisière.)

A MONSIEUR LE DOCTEUR LAUNAY

Chirurgien des hôpitaux.

A MONSIEUR LE DOCTEUR SERGENT

Médecin des hôpitaux.

A M. LE REGRETTÉ DOCTEUR SOUPAULT

Médecin des hôpitaux.

A MONSIEUR LE DOCTEUR MACAIGNE

Médecin des hôpitaux.

A M. LE DOCTEUR CHATELIER

Médecin de l'hôpital Saint-Joseph. (Laryngologie.)

A M. LE DOCTEUR CHAMPETIER DE RIBES

Accoucheur des hôpitaux.

A MESSIEURS LES DOCTEURS

MARFAN, COMBY, BROCC, HALLOPEAU
Médecins des hôpitaux.

A MESSIEURS LES DOCTEURS

MILIAN, GRISEL, J.-CH. ROUX, LABOULAIS
ET BOUFFE DE SAINT-BLAISE

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR BRISSAUD

Professeur de Pathologie interne
Médecin de l'Hôtel-Dieu
Chevalier de la Légion d'honneur

AVANT-PROPOS

Le terme de « Contribution à l'étude des formes cliniques » que nous avons mis dans notre titre, indique suffisamment que nous n'avons nullement la prétention de traiter à fond la symptomatologie de l'ulcère d'estomac chronique et récidivant.

C'est seulement pour insister sur certains points du tableau clinique de l'ulcus au cours de sa longue évolution, pour bien mettre en vue ses intermittences souvent prolongées, pour détacher nettement la notion des récidives que sur la recommandation de notre maître, M. Mathieu, nous avons étudié les observations de l'hôpital Andral.

Le nombre des cas rassemblés pourra paraître restreint. Si l'on veut bien reconnaître que notre étude a porté seulement sur les malades ayant séjourné dans le service, que nous avons envisagé uniquement les ulcères à évolution chronique ou à récidives et qu'ainsi sont éliminés toutes les observations d'ulcus aigu et les malades n'ayant pas été revus après une première

crise, on se rendra compte que les 50 cas relatés forment un total respectable.

On décrit communément à l'ulcère d'estomac une forme aiguë et une forme chronique. A la première on fixe une durée d'environ six mois, mais ce n'est là bien entendu qu'une limite approximative, c'est par 5, 10, 15, 20 ans même que se compte la durée possible de la forme chronique. A ces deux types il est nécessaire d'ajouter un troisième mode évolutif; constitué par des intermittences, toujours très nettes et parfois longues, tenant de l'ulcère aigu par la brièveté de chacune de ses attaques et de l'ulcère chronique par la longueur de sa durée totale; il constitue l'ulcus à récurrence ou à rechute. La netteté de ce type clinique, sa fréquence relativement grande lui donnent une importance au moins égale à celle des ulcères aigu et chronique. Mais il est nécessaire de bien définir la valeur des termes rechute ou récurrence. On entend par rechute de maladie la recrudescence d'une affection à son déclin mais non encore entièrement terminée et par récurrence on comprend la réapparition d'une maladie dont l'évolution était totalement accomplie. Ces définitions ne se peuvent appliquer à l'ulcère dit à rechute ou à récurrence car nous ne savons pas le plus souvent ce que signifient au point de vue anatomo-pathologique les intermittences symptomatologiques de l'ulcère rond et il serait souvent inexact de superposer à une guérison clinique une guérison anatomique. Cette restriction faite nous pouvons aborder l'étude de différentes formes des ulcères chroniques et récurrents.

FORME CLASSIQUE

La forme classique de l'ulcère d'estomac fixée par Brinton, peut se résumer en quelques lignes : douleur violente apparaissant aussitôt après l'ingestion des aliments transfixiante et exagérée par la pression épigastrique ; vomissements fréquents survenant à l'apogée de la douleur ; hématomèse et mélena, cachexie et inanition. A ces signes il convient d'ajouter la notion plus récente du type chimique de la sécrétion gastrique. Ce qui fait en réalité la caractéristique de ce type, c'est moins la présence de tous ces signes que leur association dans une proportion à peu près normale de fréquence et d'intensité.

La forme classique passe pour être surtout celle de l'ulcère aigu.

Elle est au moins aussi fréquente dans l'ulcère chronique ; nous avons pu en relever 12 observations soit une proportion de 24 %. Dans presque tous ces cas la douleur ne répond pas à la description qu'en a fait Brinton, du moins dans un de ses caractères princi-

paux, dans son horaire. Rarement en effet elle apparaît peu après l'ingestion alimentaire ; ce n'est pas 5 à 10 minutes après le repas que le malade se met à souffrir, mais bien 2, 4, 6 heures après. Quand la douleur commence plus tôt alors elle consiste en une simple sensation de pesanteur, de gonflement, réaction de la muqueuse au contact les aliments, phénomène d'ordre banal si fréquent dans tous les genres de dyspepsie et ce n'est que 4 à 5 heures après le repas que surviennent les vraies douleurs. Nous n'avons constaté que deux fois sur douze des douleurs précoces et encore dans ces deux cas le maximum avait lieu tardivement. On note ainsi presque toujours trois horaires maxima vers 10 heures du matin, 4 à 5 heures l'après-midi, et vers 11 heures du soir à 1 heure du matin, c'est là exactement l'horaire des douleurs de l'hypersécrétion intermittente à paroxysmes quotidiens, si l'on ajoute que souvent ces douleurs sont calmées par l'ingestion des alcalins on verra que l'analogie est presque complète avec les douleurs de hyperclorhydrie, mais elles ont un caractère qui leur est propre, c'est leur intensité. La douleur de l'ulcère est très intense, à crier, c'est une brûlure atroce, une sensation de plaie à vif pongitive, transfixiante parfois la position du malade l'exagère ou l'atténue. C'est dans ces caractères spéciaux que la douleur de l'ulcère trouve son originalité beaucoup plus que dans son horaire ajoutons que ce n'est pas seulement dans la forme classique mais aussi dans les autres types cliniques que nous avons constaté la rareté de l'appari-

tion précoce des douleurs et la fréquence de leur venue tardive. Des vomissements et du chimisme rien de spécial à signaler. Des hématomèses s'échelonnent typiques, peu nombreuses au cours de la longue évolution de l'ulcère, deux fois sur douze nous avons noté du mélena seulement.

La durée des douze cas relatés, n'a pas été inférieure à deux ans et supérieure à dix, interrompue par de courtes phases de rémissions de quelques mois ou de quelques semaines, encore est-ce avec peine que ces rémissions sont obtenues, sous l'influence d'un traitement sévère.

Six cas ont évolué vers la sténose, un est mort de perforation avec péritonite généralisée, un autre au cours de l'opération pour sténose pylorique, quatre ont été perdus de vue après avoir quitté l'hôpital au cours d'une amélioration passagère.

Fréquente dans les ulcus chroniques, la forme classique nous a donné dans l'ulcère récidivant, 3 observations soit $\frac{1}{4}$ de ses cas.

Le caractère récidivant de cette forme constitue son seul mais réel intérêt. Les intermittences y sont nettes et bien dessinées. Dans l'observation II nous notons trois crises en l'espace de 9 ans avec des intervalles euphorétiques de cinq et trois ans. C'est un total d'une année de souffrance pour huit années de santé parfaite. Chez le malade de l'observation I, trois crises s'échelonnent sur un espace de dix ans : la première a une durée de six mois; la deuxième de quatre mois; la troisième de deux mois; les périodes intercalaires

de bien-être y sont relativement longues: six et quatre ans.

Dans notre troisième cas enfin, deux phases douloureuses de quelques mois chacune sont séparées par un intervalle de trois années.

Aucun de ces trois malades n'a présenté de complications, ni évolué vers une de ces chances de mort si fréquente dans l'ulcère; l'hémorrhagie, la perforation, la dégénérescence cancéreuse, etc. Notons cependant que nous avons affaire à des durées déjà longues, quatre, neuf et dix ans et à des malades relativement âgés (42, 43, 49 ans), au moment où nous les perdons de vue. Il n'y a vraisemblablement là, qu'une série heureuse.

De l'étude de ces trois cas d'ulcères récidivants se dégagent déjà quelques remarques que nous aurons à signaler à chacune des autres formes d'ulcères à rechutes. C'est d'abord la longueur des intervalles de bonne santé qui n'ont jamais été inférieurs à trois ans et qui ont atteint six ans; c'est ensuite l'état de santé parfait des malades qui pendant ces intermittences ne se plaignent de rien, reprennent leur vie habituelle, leur travail et leur alimentation; c'est enfin et surtout la brièveté des crises qui ne dépassent pas quelques mois (six au plus). Sans doute l'influence heureuse de la médication sur cette brièveté est un fait dont le médecin a le droit de se prévaloir et ce court laps d'évolution de chaque crise est intéressant à signaler au double point de vue de la bénignité relative du pronostic et de la guérison anatomique possible.

FORME A HÉMORRHAGIES RÉPÉTÉES

L'hémorragie au cours de l'ulcère à longue évolution peut revêtir différents types : elle peut être aiguë, abondante, mais en restant un accident isolé, ou bien se répéter plusieurs fois dans un espace de temps relativement court, abondante toujours et constituant un danger immédiat.

Dans une deuxième modalité, elle a une allure chronique et dans ce cas encore elle se montre sous deux types bien tranchés : dans l'un, l'hémorragie est peu abondante et continuelle, dans l'autre elle est importante et à répétition. C'est là, la division donnée par MM. Mathieu et J.-Ch. Roux dans leurs notes de clinique et de thérapeutique. Les descriptions classiques ne décrivent pas la dernière modalité et sous le nom de forme hémorragique ne comprennent que les hémorragies aiguës abondantes ou les gastrorrhagies chroniques petites et continues.

De ces deux types bien connus, bien étudiés tant au point de vue du traitement à leur appliquer, que de leur description clinique, nous avons trouvé quelques cas. Aucune particularité de leur symptomatologie n'est digne de remarque. sauf un cas, sur lequel nous reviendrons plus loin, ils rentrent strictement dans les types cliniques classiques.

La forme à hémorrhagies aiguës à répétition, ne mérite pas l'oubli dans lequel elle a été laissée. Elle est, en effet, relativement fréquente et nous avons pu en grouper quatre cas, sur un total de 50 ulcères. Elle survient dans deux circonstances différentes tantôt au cours de l'ulcère chronique, c'est de beaucoup le cas le plus fréquent, tantôt dans l'ulcère récidivant.

Sur nos trois observations, au cours de l'ulcère chronique, l'une (obs. III) nous montre une première hématomèse révélant un ulcère presque latent, puis trois autres hémorrhagies espacées au cours des dix mois suivants. Dans le cas de l'observation V, sept hématomèses se répartissent au cours d'un ulcère de quatre ans de durée. Dans l'observation VI, quatre hématomèses surviennent en l'espace de neuf mois.

Un premier caractère de ces hémorrhagies à répétition est leur grande abondance. Il est difficile de préjuger de la quantité de sang rejeté ; c'est par litres que comptent les malades ; effrayés ou vaniteux ils sont presque toujours mauvais juges et exagèrent ; il en est qui vont jusqu'à affirmer le rejet de quatre litres de sang en une fois. Néanmoins, ces hématomèses provoquent souvent la syncope et laissent le malade très

affaibli et anémié ; les souffles cardiaques, les signes généraux, l'aspect des malades permettent encore après plusieurs jours ou plusieurs semaines de se rendre compte de la gravité de la perte sanguine. Parfois, c'est aussitôt après l'accident que le médecin peut constater une véritable « saignée à blanc ». La gastrorrhagie n'est cependant pas toujours aussi abondante, elle se borne parfois au rejet d'un verre de sang rouge.

Un autre attribut de ces hémorrhagies, corollaire en quelque sorte de leur abondance, est leur peu de tendance à la reproduction immédiate. Il en est cependant qui se renouvellent à plusieurs reprises les jours suivants, mais alors elles deviennent généralement moins copieuses, noirâtres, digérées, le plus souvent. Le méléna par contre se continue huit à quinze jours, attestant ainsi la tendance de la plaie à saigner encore. Des hémorrhagies abondantes et répétées à courts intervalles entraîneraient forcément la mort ; nous n'avons relevé, cette terminaison dans aucun de nos cas. Cette non reproduction immédiate de l'hémorrhagie trouve-t-elle sa raison d'être dans l'abaissement considérable de la tension sanguine, hypotension que l'on augmente encore et entretient par l'institution de la diète et le régime des lavements alimentaires ? Quoi qu'il en soit, grâce à cette rareté le sang se répare assez vite et l'on observe guère ici l'anémie prolongée de la forme scorbutique de Lebert.

Un caractère non moins remarquable de ces hémorrhagies est l'influence sédative qu'elles exercent sur

la douleur. Dans presque tous les cas cette sédation est très nette. Dans l'observation III la première hématomèse calme, pendant quinze jours, les sensations de faim douloureuse, ce n'est qu'ensuite qu'apparaissent de véritables douleurs d'ulcus, les hémorrhagies suivantes montrent une pareille sédation. Dans l'observation V, le malade est soulagé pendant un mois et demi après la perte sanguine, pendant ce temps il se plaint de faiblesse, mais ne souffre plus.

Faut-il attribuer cette sédation à l'état de dépression des malades dont la sensibilité serait ainsi émoussée, ou bien la plaie s'est-elle garantie des contacts irritants par une coagulation à sa surface? La sécrétion gastrique est-elle diminuée? Peu importe l'explication, le fait d'observation est des plus nets. Ce n'est pas là d'ailleurs un caractère spécial à la forme hémorrhagique, c'est un attribut de l'abondance de la perte sanguine, et c'est parce que cette perte est généralement considérable dans la forme que nous étudions que cette sédation de la douleur y est très évidente.

Remarquons encore que ces types hémorrhagiques réduisent surtout leur symptomatologie à la douleur et l'hémorrhagie et que les vomissements et la stase n'y sont pas fréquents. Des trois malades qui ont présenté le type clinique à grandes hémorrhagies deux ont été suivis respectivement 10 et 9 mois et perdus de vue, le troisième a fait de la tuberculose; entaché d'ailleurs d'alcoolisme il avait des antécédents tuberculeux. Le seul cas d'ulcère récidivant hémorrhagique

que nous ayons relevé ne diffère des précédents que par l'intermittence des phénomènes morbides, mais c'est assez pour lui donner un aspect clinique bien spécial. La scission de l'évolution de l'ulcus en une série de phases marquées chacune par une ou deux grandes hématomèses, l'effacement des autres symptômes et en particulier des vomissements contribuent à mettre encore davantage en relief la prédominance de la gastrorrhagie.

Nous ne pouvons mieux faire pour en donner une idée que de reproduire en partie l'unique observation de ce genre. (Obs. IV) «..... il y a trois ans et demi le malade, après une période de douleurs tardives qui durait depuis une quinzaine de jours, vomit tout à coup une grande quantité de sang, une pleine cuvette et perdit connaissance; les jours suivants survint du mélena, le malade était très faible, il resta quinze jours au lit... ses douleurs atténuées après le vomissement de sang disparurent complètement trois semaines après..... Pendant 15 mois il se porta parfaitement bien, reprit son travail et se réalimenta comme auparavant. Après ce temps le malade fit une nouvelle hématomèse avec syncope encore. Les phénomènes douloureux qui avaient repris, mais moins intenses, se calmèrent rapidement par le séjour au lit et des lavements alimentaires.....

Pendant dix nouveaux mois, le malade ne ressentit rien, pour la troisième fois il vomit le sang mais moins abondamment que les fois précédentes, un verre environ..... pendant trois mois le malade resta au régime

lacté puis, il se mit à manger des œufs, des légumes en purées, etc... Sept mois enfin après cette troisième hématomèse, nouvelle hémorrhagie, quelques caillots de sang noirâtres mélangés aux aliments vomis en même temps. Pendant les mois qui séparent la 3^e de la 4^e hématomèse, le malade eut deux ou trois vomissements alimentaires à la suite d'ingestion de substance grasse...» Souffrant beaucoup plus qu'autrefois, vomissant dès lors souvent ses aliments, le malade semble, comme nous le verrons plus tard, s'acheminer vers la dégénérescence néoplasique.

Ces hémorrhagies qu'elles appartiennent à la forme chronique ou récidivante de l'ulcus cèdent donc assez facilement ou d'elles-mêmes ou au traitement médical institué, dans nos observations, aucune d'elles n'entraîne la mort immédiate, mais elles se reproduisent avec facilité, à l'occasion d'écarts alimentaires ou sans cause apparente. Ce n'est guère que lorsque cette répétition est fréquente que la situation devient grave.

L'observation suivante, que nous devons à l'obligeance de M. le docteur A. de Cours, médecin en chef de la préfecture de la Seine, est un trop beau type de cette forme à hémorrhagies répétées, pour que nous ne la reproduisions pas ici, quoique cependant les gastrorrhagies y soient un peu atypiques, en ce qu'elles s'y manifestent surtout par du mélena.

« M. F..., 48 ans, assez gros mangeur et recherchant une

alimentation de haut gout, n'avait jamais souffert de l'estomac jusqu'à il y a 10 ans

A cette époque, il eut du melena pendant plus de huit jours. Justement effrayé, il se soumit au régime lacté imposé, pendant environ trois mois, après quoi, ne souffrant pas il reprit son alimentation ordinaire, se surveillant à peine dans le choix de ses aliments.

Deux mois après, sans douleurs prémonitoires, le même accident se reproduisit. M. Mathieu appelé en consultation prescrivit avec la continuation du régime lacté, du sous-nitrate de bismuth. Le malade avait maigri beaucoup et son poids en un mois était tombé de 4 kilogrammes. Le régime fut suivi assez longtemps, puis les forces revenant le malade reprit ses occupations et on pouvait le croire guéri quant au bout de 8 mois, il fit à nouveau du melena sans hématomèse.

Pendant 10 ans ces mêmes phénomènes se renouvelèrent au moins une fois l'an.

L'hiver dernier, le malade, séjournant dans le midi, fut tout à coup reprit d'hématémèses et de méléna très abondant et très tenace et qui faillit amener un dénouement fatal. Survinrent alors des douleurs très vives, que le malade calmait seulement par des piqûres de morphine. La constipation était opiniâtre. L'amaigrissement très prononcé. On pouvait craindre une dégénérescence néoplasique de l'ulcère. L'intervention fut décidée. La gastro-entérostomie, montra qu'il s'agissait d'un ulcère de la région pylorique.

Actuellement, 5 mois, après l'opération, le malade est en parfaite santé, il mange de tout sans aucune gêne. Il a engraisé de près de 10 kilogrammes.

Une intéressante question de diagnostic se rattache à cette forme. Il est en effet parfois bien difficile de la différencier de l'hématémèse hystérique. Pour en donner une idée, nous ne pouvons mieux faire que de citer l'observation du malade suivant, soigné à Andral.

Le nommé H .. 45 ans, journalier, a eu la fièvre typhoïde, étant enfant. Au régiment il a contracté les fièvres intermittentes (Chine). Syphilis en 1874, s'est soigné pendant 3 ou 4 ans.

En mars 1891, il y a 6 ans, le malade reçoit deux balles de revolver au creux de l'estomac. Une sur la ligne médiane à 7 centimètres au-dessus de l'estomac, l'autre à 10 centimètres sur la gauche, au même niveau que la première. La première de ces 2 balles fut extraite immédiatement par M. Tillaux.

Le soir (6 heures après) hématèse de près d'un litre. En même temps surviennent des douleurs en broche, irradiant vers le dos.

Pendant quelques jours, nouvelles hématémèses, quelques caillots seulement. Puis crises de nerfs, perte de connaissance, durée 20 minutes.

Au cours d'une de ces crises, avant de reprendre connaissance, nouvelle hématèse de sang rouge clair, abondante.

A sa sortie de l'Hôtel-Dieu, le malade se rend à Cochin où il est soigné par M. Mathieu au moyen de douches, de KBr à hautes doses (8 grammes). Il y reste 5 mois, les crises se répètent, mais décroissent progressivement.

Pendant ce séjour à Cochin nouvelles hématémèses Douleurs en broche à l'estomac, à siège et à caractères analogues à ceux qui existent actuellement.

Pas de vomissement.

Appétit conservé (lait, bouillon, glace) pendant 2 mois, puis réalimentation.

Après sa sortie, reste bien portant jusqu'en 93.

Dès lors surviennent des crises de nerfs à propos de chagrins. Neurasthénie.

Au début de 94, alors que le malade n'éprouvait aucun trouble gastrique, hématomèse brusque évaluée par le malade à 1 litre mêlé aux aliments.

Puis de nouvelles hématomèses se répétèrent à intervalles variables, 1/4 d'heure environ à 3 heures après le repas. Elles se font sans effort.

Le malade rentre alors dans le service de M. Mathieu à Tenon il y fait un séjour de 2 mois, il avait alors des douleurs d'estomac, des crises de nerfs fréquentes (plusieurs fois par semaine) et des phénomènes neurasthéniques.

Depuis le début, le malade a eu en tout 8 hématomèses. Elles se reproduisent tous les ans vers novembre.

En 96, nouvelles crises de nerfs.

A la suite de tubages que le malade pratiquait chez lui il aurait retiré des aliments de la veille.

Le malade entre à Andral le 30 avril 1897, il a de vives douleurs, il en sort 8 jours plus tard très amélioré. Il a maigri de 34 livres depuis 1891.

Le 11 novembre 1899, nouveau séjour à l'hôpital.

Depuis sa sortie, n'avait rien ressenti que des migraines de temps à autre.

Il y a 8 jours, à 10 heures du matin, en travaillant a eu une hématomèse abondante rouge, sans effort, sans douleur. Les phénomènes douloureux ne sont survenus que dans l'après-

midi. Le soir vers 6 heures, il eut un nouveau vomissement de sang. Depuis les douleurs ont continué. Hier en allant déjeuner, nouvelle hématomèse de 1 litre environ, dit le malade

22 novembre. Lavements alimentaires. Diète hydrique.

24 novembre. N'a plus vomi de sang. A un point grand comme une pièce de 1 franc, au niveau de la première pièce du sternum où pression provoque des douleurs.

Examen: Hyperesthésie à droite. Reflexe pharyngien presque aboli. Rétrécissement du champ visuel.

29 novembre. A eu depuis le 25 tous les jours une pituite hémorragique typique de 20 à 50 grammes environ.

Sueurs abondantes. Accès de fièvre intermittente. Quinine. On ne sent rien à l'estomac.

Le malade demande à manger.

16 janvier. Rien de spécial jusqu'à cette date. Ce jour 4 selles méleniques.

Sort le 12 mars 1900. A eu son dernier vomissement de sang le 3 février.

Prend du lait, est au premier degré.

Plus de vomissements, plus de maux d'estomac.

Le point topoalgique du sternum existe toujours. L'hémi-anesthésie est toujours très nette.

Quel diagnostic porter en pareil cas? Sans doute, l'hystérie est manifeste, mais la coïncidence de cette névrose avec une lésion organique n'est pas exceptionnelle. Elle est même assez fréquente dans l'ulcère d'estomac. De quelle pathogénie relèvent les hémorragies? Quelques-unes d'entre elles, les pituites hé-

morrhagiques sont manifestement hystériques comme l'ont établi les travaux de MM. Mathieu et Josserand. Mais il n'est nullement certain que les autres hématomèses, abondantes, de sang pur, soient de nature exclusivement névropathique. Dans un tel cas, le diagnostic d'ulcère ou d'hystérie simple paraît impossible à établir.



ULCÈRE ET HYSTÉRIE

Nous venons de voir quelles difficultés, l'association de l'ulcus et de l'hystérie, pouvait apporter au diagnostic des formes à hémorrhagies répétées.

Voici maintenant une autre série de faits où la névrose, agissant non plus sur les hématomèses, mais sur la sensibilité et la motricité gastrique, leur imprime en les exagérant le plus souvent, des caractères tout particuliers et déforme ainsi les types cliniques qu'elle accompagne.

Sur trois malades de ce genre, deux ont présenté sensiblement le même aspect symptomatologique : les douleurs sont particulièrement violentes, à crier, forçant parfois le malade à se courber en deux. Cette intensité est telle dans un cas que la face pâle se couvre de sueurs, les traits s'altèrent. Ces douleurs surviennent soit quelques instants après l'ingestion des aliments, plus rarement un peu tardivement, deux heures après les repas ; le plus souvent, elles sont continuelles, ne laissant aucun répit au malade.

Les hématomèses dans un cas n'ont rien présenté de spécial, mais dans l'autre (Obs. VII), elles se sont montrées nombreuses, peu abondantes, de sang digéré. Les vomissements sont très fréquents. S'ils surviennent assez rapidement après les repas, ils sont alimentaires, mais le plus souvent ils se produisent assez tard dans la phase digestive et sont seulement composés d'un liquide fortement acide, limpide, agaçant les dents, laissant le long de l'œsophage une sensation de brûlure; parfois un peu de bile vient les colorer et les rendre amers lorsqu'ils se sont produits avec de grands efforts. Constamment dans la journée et aussi la nuit, le malade vomit (15, 20 fois par jour). La quantité de liquide limpide, acide, ainsi rejeté, peut atteindre 1 litre, 1 litre et 1/2 en une journée. La station debout et la marche augmentent la fréquence de ces vomissements (Obs. VII). Ils sont généralement suivis d'une sensation passagère de soulagement, aussi le malade les provoque-t-il parfois.

Il existe une hyperchlorhydrie très nette que révèle l'analyse du suc gastrique.

Il y a dans ces faits évidemment deux choses : de l'hypersecretion continue et de l'intolérance gastrique, relevant vraisemblablement toutes deux d'une hypéresthésie spéciale de la muqueuse de l'estomac au contact des aliments et du suc gastrique hyperacide. Un de nos malades affirmait sentir un liquide brûlant se déplacer dans l'estomac.

La stase alimentaire n'existe pas. L'estomac au contraire se vide trop vite et le sujet de l'observation VII

reconnaissait fréquemment dans ses selles des aliments (carottes, petits pois, etc.) non digérés. Ce fait en nous faisant pressentir l'évacuation rapide de l'estomac nous prouve également une complaisance relativement grande de la part du pylore. Remarquons d'ailleurs que la quantité des ingesta rejetés par les vomissements alimentaires était toujours relativement faible; la plus grande quantité passait donc par le pylore. Par l'examen à jeun, avant que le malade n'ait vomi, on constate parfois l'existence d'une petite quantité de liquide dans l'estomac, le tubage en ramène 50, 100, 150 centimètres cubes, de réaction très acide.

Nous avons donc bien affaire dans ces cas à un syndrome de Reichmann atténué, à un type d'hypersécrétion continue sans stase alimentaire, qui emprunte son caractère particulier à la violence des douleurs et à l'intolérance gastrique presque absolue.

Cette forme d'ulcère avec hyperesthésie, hypersécrétion, hypersthénie gastrique, sans spasme pylorique, n'est-elle pas en faveur de la théorie pathogénique de M. Debove, à savoir que l'hypersécrétion continue peut-être la conséquence d'une irritation de la muqueuse directement par l'ulcus, sans l'intermédiaire du spasme pylorique? Il apparaît bien qu'il y ait dans ces cas au niveau de l'ulcère le point de départ d'un réflexe dont l'arc se bifurque pour aboutir d'une part à la muqueuse, d'autre part à la musculature de l'estomac. A ces cas peut s'appliquer la phrase de notre maître, M. Mathieu : « l'hypersécrétion déborde la stase. » On pourrait y ajouter encore que « l'hypersthénie gastri-

que déborde le spasme pylorique » et cependant dans un de ces deux cas nous avons affaire à un ulcus nettement pylorique, comme l'indique la note opératoire.

Notre troisième malade (obs. IX) est un peu différent. La fréquence des vomissements en constitue bien encore la caractéristique, mais l'hypersécrétion y fait défaut et qui mieux est, la douleur y est relativement légère, nous avons affaire à une forme classique ou à peu près et non à un syndrome de Reichmann atténué. Les vomissements très fréquents, uniquement alimentaires sont parfois remplacés par des régurgitations successives et très nombreuses.

Une notion étiologique commune semble réunir tous ces cas ; l'état névropathique, très marqué des malades.

Le sujet de l'obs. VII ne laisse pas, dit-on, sa maladie lui sortir de la tête, il est sombre, dort mal, a des cauchemars, de la fatigue matutinale, c'est un aérophage (2 et 300 rots en séries) il a de l'hémianesthésie sensitivo-sensorielle, il a eu de l'amaurose pendant trois semaines, des sialorrhées abondantes et cette hypersécrétion à distance atteste la facilité des réactions réflexes.

Chez le deuxième malade (obs. VIII) on constate aussi une grande impressionnabilité, des crises de larmes, des sensations de boule à la gorge, de l'hémianesthésie, des cauchemars, un état neurasthénique prononcé. Dans l'observation IX, même nervosisme, la malade très impressionnable perd connaissance depuis son enfance à l'occasion de contrariétés, elle présente

des stigmates de la névrose : hémianesthésie rétrécissement du champ visuel.

Les symptômes subissent des variations d'augmentation ou de diminution, le plus souvent sous l'influence de causes morales, chagrins, émotions traumatismes etc., ou parfois d'une façon assez inattendue, assez brusque, sans raison. Le caprice semble en partie régler l'évolution des phénomènes. Il n'en est pas moins vrai, que la chronicité est, dans ces cas, désespérante. Dans l'observation VIII, l'ulcère évolue depuis cinq ans ; dans l'observation VII depuis dix ans, chez le malade de l'observation IX depuis six ans. Sans aucun doute le terrain névropathique prête son concours pour cette chronicité. L'influence de la thérapeutique est souvent nulle, la longue théorie des calmants est épuisée sans succès.

La gastro-entérostomie pratiquée dans un cas n'a apporté qu'une amélioration toute passagère il semble bien, qu'ici encore le nervosisme joue un grand rôle ; la réaction de l'organisme est au premier plan de la pathogénie des accidents.



FORME A HYPERSÉCRÉTION CONTINUE

On décrit sous le nom d'hypersécrétion continue ou de syndrome de Reichmann un type classique caractérisé « par la présence permanente de liquide dans l'estomac, par la richesse plus ou moins grande du liquide de stase en HCL, par l'hyperchlorhydrie dans le liquide du repas d'épreuve. » Cliniquement on décrit sous ce nom deux ordres de faits :

a) Ceux dans lesquels la stase alimentaire n'existe pas ;

b) Ceux où cette stase est nette et parfois considérable.

Les faits du premier groupe constituent le syndrome de Reichmann atténué, le petit Reichmann, ceux du second forment les cas plus intenses, le grand Reichmann. Entre ces deux types, il y a moins une question de nature qu'une question de degré.

Le syndrome de Reichmann est le mode clinique le

plus fréquent de l'ulcère chronique. C'est le type même de l'ulcus à longue évolution. Nous avons trouvé 12 cas de grand Reichmann et 6 du syndrome atténué. c'est donc une proportion de 24 et 12 o/o.

La durée de tous ces cas est relativement longue, augmenté encore par la sténose cicatricielle consécutive fréquente dans ces formes pyloriques ou juxta-pyloriques difficile aussi à apprécier en raison même de l'incertitude du diagnostic des deux phases successives d'ulcus en activité ou de cicatrice sténosante. Les hémorrhagies sont le seul critérium. Nous avons relevé des durées variant entre deux et douze ans. Dans six cas la phase active se continuait au moment où nous avons perdu le malade de vue. Huit fois l'affection a évolué vers la sténose du pylore; cinq fois, l'inanition, la cachexie soit du fait de l'ulcus, soit du fait de la sténose ont nécessité une intervention chirurgicale; sur ces cinq malades, deux ont été revus cinq et huit mois après l'opération et allaient bien, les trois autres ont été perdus de vue.

Nos 6 cas de syndrome de Reichmann atténué concernent tous ou des ulcères en activité (3 cas) où des malades ayant eu autrefois ou récemment des signes évidents d'ulcère et présentant vraisemblablement de la sténose pylorique (3 cas).

Dans le type récidivant nous avons relevé deux cas de grand et un cas de petit Reichmann. C'est une proportion relativement faible eu égard au nombre relativement grand du type à hypersécrétion continue et encore l'un de nos deux malades à grand syndrome

a-t-il eu des rémissions peu nombreuses écourtées il voisine donc fortement avec l'ulcère chronique. L'autre cas celui de l'observation est un beau type du genre récidivant ; les phases de crise y sont au nombre de cinq échelonnées sur seize années de vingt-cinq à quarante et un ans. Là encore nous notons la même brièveté des crises, la même longueur des périodes intercalaires de bonne santé ; à la suite d'une grippe les phénomènes sont devenus continus pendant deux ans et cette chronicité se serait prolongée vraisemblablement si le malade n'avait été opéré.

Notre cas unique de récurrence à forme de petit Reichmann concerne un malade qui, après deux ans de douleurs et de vomissements au cours desquels il eut deux hématomés, est resté sans rien ressentir pendant un an, après quoi des douleurs, des vomissements et du méléna réapparurent, encore reste-t-il à établir que ce n'est pas là une greffe néoplasique.

Quand y a-t-il ulcère ? Quand y a-t-il sténose ? C'est pour cette forme d'ulcère avec stase, la grande difficulté du diagnostic. Il est classique de dire que dans un ulcère en évolution donnant le syndrome du grand Reichmann, les douleurs sont intenses, survenant immédiatement au contact des aliments, que la palpation de l'estomac éveille une vive douleur. Il est loin d'en être toujours ainsi, nous n'en voulons pour preuve qu'un de nos cas où les douleurs sont qualifiées légères, ne survenant que tardivement après le repas, où la palpation de l'estomac est peu douloureuse et qui mieux est où la stase est considérable puisqu'elle oscille entre les chiffres sui-

vants (300, 400, 700^{cc}; 1 litre, 2 litres 1/2, 4 litres) avec régime lacté. Un jour le malade vomit abondamment à 4 heures du matin, on le sonde dans la matinée, on retire une cuvette de liquide de stase et au moment de la visite l'estomac clapote encore au dessous de l'ombilic. La dilatation gastrique dans ce cas était énorme et après l'opération on nota à plusieurs reprises encore du clapotage à jeun. On avait cependant affaire à un ulcus pylorique en activité. Ces faits rendraient impossible le diagnostic d'avec les sténoses cicatricielles ou par bride sans le secours de l'hématémèse ou du mélena. Et la confusion peut se faire aussi bien dans les trois cas récidivants que chroniques. La sténose du pylore en effet prend souvent le type de la gastro-succorrhée intermittente.

La gastrorrhagie est l'élément essentiel de ce diagnostic. Si elle est peu abondante elle peut passer inaperçue et ne se traduire que par un peu de mélena ignoré, parfois elle est microscopique et l'examen à première vue des vomissements ou des selles ne la peut faire reconnaître. Les procédés chimiques par la recherche des cristaux d'hémine dans les vomissements et la réaction de Weber dans les liquides des vomissements ou dans les selles peuvent dans ces cas révéler l'existence de ces hemorrhagies microscopiques et faire penser à l'ulcère mais avec cette restriction que d'aussi légères gastrorrhagies peuvent relever simplement de petites érosions de la muqueuse gastrique.

D'autre part, il n'est pas prouvé que la stase ne

puisse exister sans lésion organique pylorique ou juxta-pylorique, soit par spasme du pylore soit par une insuffisance motrice de la petite tubérosité et de l'antrum prepylorique. Un de nos cas montre combien on peut être tenté parfois de croire à l'existence de la stase par insuffisance motrice de l'estomac. Dans ce cas, la malade avait des vomissements contenant parfois des aliments ingérés trois jours auparavant, il existait du liquide résiduel à jeun ; aucun signe de néoplasme ni d'ulcus actuel ou ancien. Il y avait une ptose généralisée de tous les organes abdominaux et notamment de l'estomac. A l'opération on trouva une sténose pylorique cicatricielle, résultat d'un ulcus ancien dont on ne trouvait pas trace dans les antécédents de la malade.



FORME FRUSTE

Dans certains ulcères à longue durée, les grands symptômes ne sont pas au complet : les vomissements sont absents ou très rares, l'hématémèse peut manquer ou ne constitue qu'un accident isolé, les douleurs seules existent ; ce sont des formes frustes.

Ces douleurs ne sont pas nécessairement très vives, c'est plutôt de l'effacement des autres signes que résulte la prédominance de la gastralgie. Assez souvent précoces, elles ressemblent à une brûlure, à des tiraillements, à une plaie à vif. Absentes à jeun, elles occupent en général toute la phase digestive. Le siège de cette douleur est parfois très élevé. Le malade de l'obs. K, se plaignait d'une sensation de plaie à vif, en arrière de la partie inférieure du sternum et correspondant dans le dos à la huitième vertèbre dorsale.

Un autre caractère de ces formes est la fréquence de signes cardiaques et œsophagiens joints aux douleurs. Nous avons déjà signalé le siège élevé des douleurs, on note encore fréquemment une sensation d'arrêt des

aliments derrière le sternum, des régurgitations, des vomissements, pituiteux œsophagiens (obs. XII).

Il semble qu'il y ait un véritable spasme du cardia et une excitation de la partie inférieure de l'œsophage, comme dans d'autres formes d'ulcus il y a du spasme pylorique.

A-t-on affaire dans ces cas à un ulcère voisin du cardia ? Ce siège est vraisemblable pour quelque cas, mais nullement nécessaire, il est possible d'observer des phénomènes reflexes du côté du cardia et de l'œsophage avec un ulcère de la région pylorique et inversement le siège pylorique n'entraîne pas forcément une symptomatologie complexe avec stase, etc.

Trois de nos cas nous permettent néanmoins de penser que ce type clinique dont la grande symptomatologie incomplète est caractérisée surtout par des phénomènes douloureux auxquels viennent s'adjoindre des signes secondaires du côté de l'œsophage, comprend surtout des ulcères à siège voisin du cardia. Il en était ainsi chez le sujet de l'observ. XII qui mourut d'une perforation siégeant dans la partie élevée de la face antérieure, pour un deuxième malade, chez qui une sténose voisine du cardia se développa après une phase ulcéreuse caractéristique. Dans l'obs. XIV, il s'agissait d'un ulcus de la face antérieure voisin de la partie cardiaque de la petite courbure.

D'autre part et c'est là un corollaire, pas un de nos six cas n'a abouti à une sténose pylorique. Combien nous sommes là éloignés de l'ulcère à forme syndrome de Reichmann !

Notons encore la grande fréquence proportionnelle de la récédive dans ces formes, puisque sur sept cas nous en avons trois à rechutes.

Un premier nous montre des intervalles respectifs de bonne santé, de 2 et 1 ans après des crises de 5 et 1 ans de durée; un deuxième, une rémittence de 2 ans 1/2 après une crise de 3 à 4 mois; le troisième reste un an sans souffrir après une phase douloureuse de 4 mois.

De ces trois malades aucun n'a présenté de complications ou de ces graves terminaisons habituelles à l'ulcère, bien que la première attaque remontât à 2, 4 et 10 ans.

Des quatre malades où l'évolution fut chronique l'un (obs. XII) mourait après cinq ans, d'une péritonite généralisée par perforation, deux autres étaient en apparence guéris au moment où ils quittèrent l'hôpital, le quatrième, opéré, vit récidiver ses douleurs 8 mois après (Obs. XIV).

ULCERO-CANCER

OU DÉGÉNÉRESCENCE DE L'ULCÈRE



Très étudiée depuis longtemps déjà en Allemagne, plus récemment en France, la dégénérescence cancéreuse de l'ulcère d'estomac est une complication fréquente et redoutable puisqu'elle survient dans près de 10 0/0 des cas et qu'elle entraîne rapidement la mort.

Tantôt lorsqu'elle survient, l'ulcère était guéri depuis longtemps, ou bien c'est sur un ulcère encore en activité que se fait la greffe néoplasique.

Nous avons trouvé quatre cas d'ulcéro-cancer soit vérifiés anatomiquement, soit diagnostiqués tels. Deux appartiennent à des ulcères pyloriques, deux autres n'ont pas reçu de confirmation anatomique, l'un d'eux appartient à la forme hémorragique récidivante.

La durée des deux cas qui se sont terminés par la mort à l'hôpital, a été respectivement de six et huit mois à partir de l'époque où le diagnostic précis a été fait.

Signalons un autre malade opéré pour sténose et où la pièce provenant de l'excision de l'ulcère avait montré histologiquement le début d'un épithélioma et qui mourut cinq ans après, sans récive. Cette transformation n'est pas toujours facile à dépister, elle peut être ignorée et reconnue seulement à l'autopsie ou à l'opération. Assez souvent elle se manifeste par des modifications dans la symptomatologie locale ou dans l'état général du malade.

Les douleurs plutôt discontinues dans l'ulcère deviennent continues et ne laissent aucun répit au malade. Leur intensité augmente en même temps que l'on note des irradiations inaccoutumées vers la région lombaire, l'épaule etc.

Les vomissements eux aussi augmentent de fréquence et ne calment plus la douleur c'est que l'estomac ne souffre plus seulement au contact des aliments ou des liquides hyperacides de la digestion, la douleur relève pour une part de l'infiltration néoplasique des nerfs ou de l'irritation du plexus coeliaque par des ganglions. Les hématémèses abondantes, rouges et rares dans l'ulcère, changent de caractère et deviennent petites, noirâtres pendant plusieurs jours de suite. Souvent le méléna traduit seul la gastrorrhagie. L'examen physique peut révéler une sensation de tumeur, d'empatement, parfois l'existence de ganglions prévertébraux ou cervicaux ou le développement d'un cancer du foie. Le chimisme gastrique n'est guère modifié que tardivement, on voit alors l'hyperchlorhydrie diminuer progressivement et faire place à l'hypochlorhydrie, mais la sécrétion peut

rester et reste souvent exagérée jusqu'aux derniers jours.

L'examen du sang montre une diminution plus ou moins considérable des globules rouges ou de la valeur globulaire et souvent une leucocytose marquée.

Les urines indiquent la présence d'indican et une diminution de l'azote urinaire.

Quelle est la valeur respective de ces signes ?

La douleur est parfois continue dans l'ulcère, surtout dans les formes à Reichmann, l'abondance des vomissements n'est qu'un signe bien incertain, les hématomés peuvent revêtir dans l'ulcère le type de l'hémorragie peu abondante, noirâtre, chocolat et comme dans la forme anémique simuler complètement le cancer. La sensation de tumeur ou d'empatement se trouve dans l'ulcère ancien, calleux ou avec périgastrique.

L'existence de ganglions prévertébraux ou cervicaux, le développement d'un cancer du foie, le rejet dans les vomissements de végétation cancéreuses sont choses rares. Le chimisme peut ne donner dans l'ulcère simple et assez fréquemment qu'un taux normal ou peu élevé d'Hcl ; la diminution progressive de l'acide chlorhydrique a plus de valeur, elle peut tenir cependant à une atrophie des éléments glandulaires sécréteurs.

Les résultats de l'examen du sang en ce qui concerne les globules blancs sont souvent contradictoires.

L'existence d'indican ou d'hypoazoturie n'a aucune valeur.

Ainsi aucun de ces signes n'est par lui-même patho-

gnomonique. C'est de leur groupement, de leur association seulement que l'on peut préjuger qu'un ulcère dégénère.

L'état général du malade est plus caractéristique. Une anémie insolite, un affaiblissement progressif surviennent, que rien ne peut vaincre, la cachexie s'installe, malgré un traitement bien suivi, ce qu'on note rarement dans l'ulcère où survient presque toujours une amélioration sous l'influence d'une thérapeutique rationnelle. Ces signes généraux sont de première importance, ils ne surviennent malheureusement qu'à une phase déjà avancée de la transformation néoplasique et ne permettent ni au médecin, un diagnostic précoce, ni au malade, la longue survie d'une intervention hâtive.

Il y a dans la dégénérescence cancéreuse de l'ulcère, une phase de latence au début, pendant laquelle l'ulcus conserve intacte sa symptomatologie ; c'est que la greffe néoplasique ne part que d'un point de la circonférence de l'ulcère, qu'elle l'envahit rarement complètement mais se propage plutôt vers la muqueuse saine, si bien que cancer et ulcère coexistent et voisinent ; cliniquement il en résulte que la phase d'ulcère, selon l'expression de notre maître, M. Mathieu « déborde sur la phase de cancer » de telle sorte que le diagnostic devient très difficile lorsque manquent la tumeur et l'adénopathie cervicale.

Le cancer greffé sur l'ulcus a une marche rapide et l'intervention pour être utile doit être faite de bonne heure, circonstance souvent peu réalisable en raison de la difficulté du diagnostic au début.

RÉCIDIVES POST-OPÉRATOIRES

La récurrence post-opératoire de l'ulcère d'estomac, soit qu'il n'y ait qu'une simple sédation passagère des phénomènes cliniques soit qu'il y ait apparition d'un nouvel ulcère n'est pas chose très rare. Des observations assez nombreuses en ont été publiées. Miculiez en avait déjà rapporté plusieurs exemples. Dreydorf a vu dans un cas réapparaître les douleurs et les vomissements 3 mois après une pyloroplastie. Heidenhain a dû intervenir deux fois pour des ulcères peptiques, développés après la gastro-entérostomie.

Krœnlein en a vu également deux cas, après gastro-entérostomie antérieure.

M. Quénu a publié à la Société de Chirurgie le cas d'un malade à qui il avait pratiqué en 1897 une gastro-entérostomie pour sténose bénigne du pylore; après 18 mois d'une santé parfaite, le malade vit reparaitre les douleurs, les vomissements, les régurgitations acides. M. Quénu étant intervenu à nouveau, constata

sur l'anse jéjunale anastomosée la présence d'un ulcère profond adhérent à la paroi abdominale. Au Congrès de chirurgie allemand de 1902, Kocher a rapporté le cas d'un ulcère développé sur l'anse intestinale fixée à l'estomac.

De nouveaux faits de ce genre ont été signalés au dernier congrès de la Société Internationale de chirurgie à Bruxelles.

Von Eiselsberg y a rapporté l'observation d'un malade pylorectomisé un an auparavant par un autre chirurgien, pour un ulcère calleux et qui depuis était resté indemne de tout accident, lorsque brusquement, la perforation survint, on la trouva sur la paroi gastrique antérieure près de la suture.

Une hémorrhagie mortelle survint inopinément chez un malade de Mayo-Robson, un mois après la gastro-entérostomie.

Un ulcus récidive, trois mois après l'excision chez un autre malade du même chirurgien. Von Eiselsberg a observé chez Billroth, un ulcéreux qui guéri depuis longtemps d'une pylorectomie, fut pris tout à coup d'une grave hématomèse due à une ulcération de l'artère pancréatico-duodénale au fond d'un petit ulcère de la paroi post de l'estomac.

Czerny a vu plusieurs récidives mortelles de l'hémorrhagie après gastro-entérostomie. Ces récidives, on le voit surviennent aussi bien avec la gastro-anastomose qu'après l'excision ou la pyloroplastie.

Quelle est leur proportion ? Il est presque toujours impossible de la fixer d'une façon exacte parce que les

malades sont perdus de vue ou ne sont pas suivis assez longtemps après l'opération.

Nous avons pu relever trois cas, ou après intervention, il y a eu récurrence des phénomènes.

A vrai dire l'un d'entre eux (obs. VII) n'a eu qu'une amélioration d'une durée insignifiante ; 20 jours après l'opération, il rentrait à Andral vomissant toujours, un peu moins cependant, il y restait, 1 mois 1/2 et en sortait peu amélioré. Revu 4 mois après, la note suivante a été prise sur lui : « Résultat thérapeutique nul, toujours des douleurs, des vomissements. Le malade n'a pas été vu à jeun. » Ce sujet était un grand nerveux.

La malade de l'observation XIV, après une amélioration de 8 mois, rentre à Andral pour récurrence des douleurs, elle y reste 2 mois et sort améliorée. Deux ans plus tard elle y rentre à nouveau pour les mêmes symptômes avec en plus du méléna, et y fait un nouveau séjour de 1 mois 1/2. Cependant cette malade suivait un régime d'exclusion.

L'observation B a trait à un cas assez discutable. Le malade souffrait depuis plusieurs années, de douleurs tardives calmées par le bicarbonate de soude, et de vomissements alimentaires ; il avait eu à plusieurs reprises des hématomés.

Opéré une première fois pour ces divers troubles après un traitement par les gavage il ne peut dire quelle opération fut pratiquée. Quelle que soit sa nature, elle n'amena qu'une amélioration passagère et 4 ans après, une nouvelle laparotomie fut pratiquée ; on fit

alors une gastro-entérostomie pour « ulcération cancéreuse » ? Pendant 3 ans, le malade alla bien, puis les douleurs et les vomissements reprirent, toujours avec le même horaire tardif, une fois il y eut du mélena. Ces troubles durent depuis 2 ans. A jeun l'estomac clapote jusqu'à l'ombilic. Le malade reste un mois à l'hôpital et en sort peu amélioré. Revu deux mois après, il était dans un état stationnaire. Quoique cette observation soit en certains points, incomplète, nous croyons cependant à un ulcère chez ce malade ; il a eu la triade classique, douleurs, vomissements, hématomèses à un âge jeune encore (22 à 29 ans) ; le diagnostic d'ulcération cancéreuse nous paraît inexact parce qu'il a été fait seulement au cours d'une gastro-entérostomie et qu'il est souvent impossible de discerner de visu un néoplasme d'un vieil ulcère calleux et aussi parce qu'un cancer de l'estomac auquel on n'a pas touché en somme ne peut rester latent pendant 3 ans pour reprendre ensuite et durer encore plus de deux ans en laissant le malade jouir d'un état général relativement bon.

Cette bonne conservation de l'état général ne permet pas de croire non plus à la survenue d'un cancer sur un ulcère ancien. Nul doute que nous n'ayons affaire à un ulcus récidivant sur lequel la première opération n'a eu qu'une action curative incomplète et la seconde qu'une action temporaire.

Nous nous garderons bien d'établir le pourcentage des récidives. Trop de malades sont des opérés de fraîche date, trop aussi n'ont pas été revus.

Cette notion de la rechute possible doit entrer en

ligne de compte dans la discussion des résultats thérapeutiques de l'intervention pour ulcère. Quelques chirurgiens, interventionnistes à outrance, même pour les gastropathies bénignes semblent l'oublier. Kocher disait au récent Congrès de chirurgie internationale, de Bruxelles : « L'ulcère appartient, non aux médecins, mais bien à nous chirurgiens. » Les récurrences après opération semblent montrer que parfois l'ulcère appartient surtout au malade.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Ulcus récidivant. — Forme classique.

M^{me} D.,, âgée de 42 ans, cuisinière, entre à l'hôpital Andral, le 24 novembre 1904.

Père mort de la variole.

Mère vivante et bien portante. Un frère mort l'année dernière, un frère bien portant.

La malade n'a jamais fait de maladies antérieurement à sa gastropathie. Elle est restée à la campagne jusqu'à 20 ans. Réglée à 19 ans; règles abondantes durent 7 ou 8 jours. Pas de grossesse, pas de fausse couche.

Elle travaille à Paris comme cuisinière, elle a un service fatigant.

Pas très nerveuse, elle pleure cependant assez facilement, son sommeil est un peu agité.

Pendant 6 ans, la malade a pu exercer sa profession sans rien ressentir.

Brusquement, il y a 10 ans, elle fut prise d'une douleur violente, déchirante, siégeant à l'estomac, retentissant autour de la ceinture.

Dans la suite cette douleur revint quotidiennement, tardivement après le repas, durant une heure ou deux et cessant après le vomissement qui survenait spontanément ou que la malade provoque par l'ingestion d'un bol d'eau tiède. Après les repas, au moment des douleurs, des regurgitations acides, agaçaient les dents et donnaient du pirosis.

Cet état dura un mois.

Puis la malade tombe dans sa cuisine, vomissant abondamment le sang. Mise au lit, elle y reste près de 4 mois. Les mêmes douleurs persistent, moins intense et la guérison survient peu à peu.

Alors la malade change de métier, elle se place comme femme de chambre ; *pendant 6 ans aucun trouble dyspeptique.* Lorsqu'un jour, avec la même brusquerie, les douleurs et les vomissements d'autrefois reparaissent. Cette nouvelle crise dura 4 mois, puis la santé fut parfaite pendant 4 nouvelles années.

La malade se remet cuisinière.

Depuis deux mois, reprise des douleurs d'estomac, sensation de torsion, de déchirure. Vomissements alimentaires. Nouvelle hématemèse pas très abondante. Amaigrissement marqué.

Dès son entrée, la malade est examinée.

Foie de 6 à 7 cm., ne dépassant pas le rebord costal.

Tranbe normal. Sensibilité de la région épigastrique

A jeun, pas de clapotage.

Les fluctuations qu'a présenté la malade dans le service n'étant pas intéressantes au point de vue auquel nous nous sommes placés nous écourtons l'observation. Le 19 janvier 1905, deux mois après son entrée, la malade sort, ne souffrant plus.

OBSERVATION II

Ulcus récidivant. — Forme classique.

M. M... employé de commerce, 43 ans, entre à l'hôpital Andral le 23 octobre 1899.

Père mort des suites de blessures en 1871. Souffrait de l'estomac. Mère morte de la poitrine.

Frère mort de maladie d'estomac. Sœur morte de la poitrine.

Antécédents personnels. — A eu une bronchite qui a duré 6 mois n'a pas craché le sang, — Erysipèle à la jambe.

Caractère violent. Impressionnable. Pleure facilement.

Céphalées fréquentes. Lassitude le matin au réveil.

Jamais de crise de nerfs. Sensibilité normale.

Ne boit plus de vin depuis 3 ans 1/2. Auparavant demi litre par jour et deux apéritifs.

Mastication suffisante. Jamais de privations.

Est au régime, lait, potages, œufs, viandes grillées-depuis 3 ans 1/2.

Souffre de l'estomac depuis 10 ans.

Céphalée, ballonnement, congestion de la face 1/2 heure après les repas de midi et du soir. Au réveil se sentait bien.

Est resté 1 an dans cet état, puis à la suite d'un repas plus copieux à la suite des malaises habituels, a éprouvé vers les 4 ou 5 heures de l'après-midi des douleurs très intenses au creux épigastrique, irradiant autour de la ceinture. Sensation de torsion. Ces douleurs se calmèrent au bout d'une heure, les jours suivants elles revinrent après le repas de midi et du soir. Nuit calme à partir de onze heures, n'était pas réveillé par des crises.

A jeun ne souffrait pas. Dès qu'il avait pris un aliment quelconque les douleurs réapparaissaient et duraient jusqu'à midi. Ces douleurs amenaient parfois des vomissements 4 à 5 heures après les repas, alimentaires et glaireux. Parfois le malade pour se soulager se faisait vomir en se mettant les doigts dans la bouche. Cet état a persisté deux mois, puis se calma sous l'influence du traitement suivi à la Pitié dans le service de M. Robin.

Pendant 5 ans, le malade n'a aucunement souffert puis il fit une nouvelle crise, en tout semblable à la première, au cours de laquelle il eut une hématomèse abondante. Durée 4 mois.

Puis le malade est resté 3 ans 1/2 sans souffrir et a été repris il y a 15 jours, après avoir mangé de la tête de veau à l'huile. Les douleurs ont reparu quatre heures après le repas, très intenses, à se tordre. Les vomissements sont moins fréquents, n'a rendu que 3 à 4 fois en 15 jours. Ne vomit qu'après des efforts inouis. Constipation opiniâtre.

A son entrée, le malade souffre moins.

Les douleurs sont bien calmées par $\text{Co}^3 \text{NaH}$ et Mgo.

Examen. Pas de clapotage à jeun.

27 octobre — En allant aux cabinets, le malade rend en vomissant 1/2 litre environ de sang rouge. Pouls petit. Ergotine. Glace. Diète, lavements alimentaires..... les jours suivants, melena, douleurs moins vives.

6 novembre. — *Traitement.* — Sous-nitrate de bismuth. Lait. Lavements alimentaires. Toujours du melena.

10 novembre. — Le malade sort, pour aller se faire hospitaliser à Dubois.

OBSERVATION III

Ulcus chornique. — Forme à hémorrhagies répétées.

M^{me} M.... monteuse en chaussures, âgée de 28 ans, entre à l'hôpital Audral le 20 avril 1900.

Antécédents héréditaires. — Mère morte à 65 ans, de (maladie nerveuse?) Père âgé de 65 ans, bien portant.

A 16 frères et sœurs, dont 14 vivants ; l'ainé a 43 ans et a 10 enfants bien portants.

La malade a 3 enfants bien portants. Mariée à 15 ans, elle a eu son premier un an après.

Antécédents personnels. — A toujours été bien portante. Réglée à 11 ans et depuis voit régulièrement.

N'a jamais eu de crises de nerfs, mais est assez nerveuse, impressionnable.

Cordonnière, son travail se fait en appuyant fortement les outils sur la région épigastrique.

Elle a toujours fait abus de café, en prenant, dit-elle, plus d'un litre par jour.

N'a jamais pris de médicaments. Elle digérait bien, mangeait bien, son embonpoint la faisait remarquer (76 kilog. pour 1 m. 54 de taille.)

Il y a 10 mois, elle commença à avoir des faims douloureuses, quatre à cinq heures après le repas, que calmait l'ingestion d'aliments.

Quelques jours après, un matin, elle s'apprêtait à sortir, quand tout à coup elle se sentit défaillir et vomit en trois fois, coups sur coup, une quantité de sang qu'elle évalue à 2 lit. 1/2. Pendant les 15 jours suivants, la malade ne ressentit aucune douleur, les sensations de faim douloureuses elles-mêmes disparurent. Mélena.

L'alimentation par la voie buccale fut supprimée; glace, lavements alimentaires. Ergotine. Sérum.

La malade très pâle, affaiblie, eut à partir du 3^e jour des syncopes fréquentes.

Le 4^e jour fut marqué encore par une hématomèse peu abondante.

Au 15^e jour apparurent des douleurs violentes à l'épigastre. On reprit néanmoins l'alimentation buccale, tout en continuant les lavements alimentaires. Les phénomènes douloureux ne tardèrent pas à se calmer et trois mois après la malade digérait parfaitement.

Jamais de vomissements alimentaires.

Le poids était tombé à 51 kilog. 500.

La malade fut bientôt reprise de ses faims douloureuses. Puis elle ressentit des douleurs extrêmement violentes, aussi fortes, dit-elle, que celles de l'accouchement. Quatre mois

après son premier vomissement de sang, elle eut une nouvelle hématomèse, moins abondante cependant que la précédente. Lit, lavements alimentaires, sous-nitrate de bismuth. Au bout d'un mois, les douleurs un peu apaisées encore par cette huitième hématomèse, reprirent à nouveau. Puis, pendant 15 jours, la malade alla mieux. Elle se mit alors à faire à nouveau abus de café.

Au 6^e mois après le début de ses troubles, nouvelle reprise des douleurs et de l'hématomèse. Un mois et demi après, nouveau vomissement de sang de 1 litre environ. Depuis lors, la malade n'a jamais cessé de souffrir et, 15 jours avant son entrée, elle a vomi encore un verre de sang rouge en même temps que ses selles devenaient méléniques.

Examen à l'entrée. — Douleur à la pression de tout l'estomac, mais surtout au point iliaque. Foie ne déborde pas les fausses côtes au repos, mais les dépasse de un travers de doigt à la fin d'une grande inspiration.

Rein droit descendu au 2^e degré.

Espace de Traube effacé.

Point douloureux dorsal au niveau de la 11^e vertèbre.

La malade reste deux jours seulement à l'hôpital, puis sort sur sa demande ne voulant pas se soumettre au régime.

OBSERVATION IV

Ulcère récidivant. — Forme à hémorragies répétées.

M. G..., âgé de 51 ans, employé de commerce, entre à Andral le 1^{er} mars 1902

Rien à noter dans les antécédents héréditaires.

Dans les antécédents personnels, à remarquer seulement, il y a 12 ans et 8 ans, des douleurs gastriques tardives ayant duré une quinzaine de jours chaque fois.

Il y a pas de signes d'alcoolisme, quoique le malade ait bu autrefois pas mal de vin et d'apéritifs.

Il n'y a que 3 ans 1/2 que le malade souffre de l'estomac d'une façon marquée ; après une période de douleurs tardives qui durait depuis une quinzaine de jours il vomit tout à coup une grande quantité de sang, une pleine cuvette ; il perdit connaissance, les jours suivants survint du méléna, le malade était très faible, il resta 15 jours au lit, à la diète presque absolue, ses douleurs atténuées après le vomissement de sang, disparurent complètement au bout de 3 semaines.

Pendant 15 mois, il se porta parfaitement bien, reprit son travail et se réalimenta comme auparavant. Après ce temps, le malade fit une nouvelle hématomèse avec syncope encore. Les phénomènes douloureux qui avaient repris, mais moins intenses se calmèrent rapidement par le séjour au lit et des lavements rudimentaires. Au bout d'un mois le malade fut debout, mais il souffrit encore pendant quelques semaines, de douleurs légères 2 ou 3 heures après les repas.

Pendant 10 nouveaux mois, le malade ne ressentit rien, pour la troisième fois il vomit le sang, mais moins abondamment que les fois précédentes, un verre environ. Pendant 3 mois, le malade resta au régime lacté, puis il se mit à manger des œufs, des légumes en purée. Sept mois enfin après cette troisième hématomèse, nouvelle hémorrhagie. quelques caillots de sang noirâtres mélangés aux aliments vomis en même temps.

Pendant les mois qui séparèrent la 3^e de la 4^e hématomèse,

le malade eut deux ou trois vomissements alimentaires à la suite d'ingestion de substances grasses. Depuis cette dernière hématémèse, les douleurs sont devenues très vives et les vomissements sont apparus. Le malade souffrait moins couché que debout

Jamais de vomissements dans la matinée.

Pas de vomissements de stase.

L'appétit est conservé, mais le malade ne mange pas à cause des douleurs. Pas de dégoût de la viande.

Le poids est tombé de 71 kilog. à 60 k. 700; le malade dit avoir été plus faible et plus maigre autrefois qu'aujourd'hui.

Examen à jeun, 1^{er} mars 1902. — Ni clapotage, ni flot.

Foie très petit. Espace de traube distendu et tympanique.

On ne perçoit ni tension intermittente de l'épigastre ni contractions péristaltiques.

Peu de sensibilité à la palpation.

Traitement. — Bismuth, repos, lait et magnésie.

Examen du sang. — Augmentation des globules blancs qui porte sur les polynucléaires neutrophyles.

2.625.000 globules rouges. $\frac{B}{R} = \frac{1}{164}$

Le facies du malade est jaune, son teint et l'amaigrissement, joints à l'examen du sang, sont en faveur de l'hypothèse d'un néoplasme.

3 mars. — Le malade depuis son entrée n'a que très peu souffert.

Chlorate de soude, 6 grammes.

4 mars. — Selles noires dues vraisemblablement au bismuth.

7 mars — 5 cuillerées à café de la solution cocaïne mor-

phine, les douleurs étant assez vives. Un vomissement de lait et de glaires.

21 mars. — Même état. Sort de l'hôpital.

OBSERVATION V

Ulcus chronique. — Formes à hémorrhagies répétées.

M. E..., âgé de 42 ans, lutteur, entre à l'hôpital Andral le 23 novembre 1902.

Antécédents héréditaires et personnels. — Rien. Ethylisme net et avoué.

Le malade souffre de l'estomac depuis 4 ans, à la suite dit-il d'une fracture de côtes. Il fut alors soigné à l'hôpital d'Amiens pour un ulcère de l'estomac. Il avait de violentes douleurs irradiant dans les lombes et entre les omoplates.

Survinrent alors d'abondantes hématomèses, des cuvettes de sang, dit le malade

Les selles étaient noires couleur de suie délayée et avaient une odeur fétide.

Le repos au lit pendant un mois 1/2 et un régime alimentaire sévère l'avaient rétabli à peu près. Il sortit de l'hôpital reprit ses occupations et ses habitudes d'alcoolisme.

Pendant les 4 ans qui se sont écoulés jusqu'à son entrée à l'hôpital Andral il n'a guère cessé de souffrir. Les douleurs parfois étaient si violentes qu'elles arrachaient des cris au malade.

Cinq fois il eut des hématomèses et du méléna à intervalles

éloignés. Ses vomissements de sang duraient une huitaine de jours environ plusieurs d'entre eux ont été très abondants.

Le 20 novembre dernier, il a eu au cours d'une crise de douleurs plus violentes une hématomèse très abondante à sang rouge d'abord puis couleur chocolat et en caillots.

Il entre le 23 novembre à l'hôpital très anémié et affaibli. On le met au repos absolu, il ne prend qu'un peu d'eau contenant en solution du chlorure de Ca, à 2 o/o et suce de petits morceaux de glace.

Le soir du même jour, à 6 heures 1/2 il a une hématomèse couleur chocolat. Les selles sont noires, fétides.

On lui injecte 1/2 litre de sérum artificiel. Il est très faible et dans un état presque syncopal, il peut à peine parler.

24 novembre. — 3 lavements chauds à 48°. 4 lavements alimentaires. Injection de 500 grammes de sérum.

25 novembre. — Etat sensiblement meilleur. Le malade se sent mieux. Les douleurs sont absentes. 500 grammes de sérum et lavements alimentaires. 3 grammes de chlorure de Ca en potion.

26 novembre. — Nouvelle hématomèse, couleur chocolat. Etat presque syncopal. Ether, sérum, ergotine. Lavements alimentaires. Chlorure de Ca.

30 novembre. — Va mieux

2 décembre. — Prend 1/2 litre de lait.

4 décembre. — 2 litres de lait.

6 décembre. — Le malade se sent beaucoup mieux,

Le sommeil est bon. Pas de douleurs.

10 décembre. — Va de mieux en mieux, 3 litres de lait.

5 janvier. — Brûlures la nuit vers 1 heure du matin.

Etat général satisfaisant.

Prend depuis plusieurs jours des potages et des œufs.

20 janvier. | Jusqu'à ce jour le malade n'a cessé de souffrir un peu. Même régime.

24 janvier. — Ne souffre plus. Viande crue ajoutée au régime prudent.

5 mars. — Ressent de temps en temps quelques douleurs tardives, mais en somme est bien remonté.

12 mars. Sort et va à Vincennes.

OBSERVATION VI

Ulcus chronique. Forme à hémorrhagies répétées.

M^{me} G. ... 22 ans, passementière, se plaint de troubles gastriques depuis 2 ans déjà, pour lesquels elle entre à Andral, le 11 mai 1900.

Antécédents héréditaires. — Rien.

Antécédents personnels. — Angines fréquentes étant enfant.

Nervosisme marqué. Grande impressionnabilité. Crises de larmes. Colères. Pas de crises de nerfs.

Pas d'éthylisme. — Réglée à 14 ans. très régulièrement.

A un enfant mort à 8 mois. Pas de fausses couches

Pas de spécificité apparente.

Histoire de la maladie. — Depuis 2 ans avait perdu l'appétit après les repas avait parfois, bouffées de chaleur, palpitations.

Depuis 9 mois ces phénomènes se sont aggravés.

Survinrent alors des douleurs vives 2 heures environ après le

repas. Il y a 8 mois $1/2$ la malade eut une grande hématomèse qui la laissa très affaiblie.

Depuis lors elle n'a jamais cessé de souffrir, à de rares intervalles seulement elle eut des vomissements alimentaires.

Deux mois après cette première hématomèse la malade eut une seconde, accompagnée de méléna.

Il y a deux mois environ, troisième hématomèse de un verre de sang rouge environ.

Il y a 15 jours enfin le soir vers 8 heures elle a vomi la contenance d'un quart de litre de sang noir, qu'elle compare à de la teinture d'iode.

Pas de constipation.

Examen. Foie douloureux. Déborde un peu les fausses côtes.

On sent le $1/3$ inférieur du rein droit à la fin de l'inspiration.

Sensibilité vive au point cœliaque.

Traitement. — Lavements alimentaires $1/2$ litre de lait par la bouche. Belladone.

La malade sort le 20 mai, pour fraude dans le régime ordonné.

OBSERVATION VII

Ulcus chronique et hystérie. — Récidive des douleurs et des vomissements après opération.

M. C , âgé de 50 ans, journalier, entre à l'hôpital Andral le 18 mars 1984.

Aucun antécédent gastrique dans la famille. Un frère serait atteint d'aérophagie.

Le malade n'a eu aucune maladie dans sa jeunesse. Pas de passé vénérien.

Nervosisme très développé. S'emporte facilement ; ne laisse pas un instant sa maladie lui sortir de l'idée. Il est sombre et dort mal ; a de nombreux cauchemars ; au réveil, se sent fatigué, a des crampes dans les jambes.

Il existe de l'hémi-anesthésie sensitivo-sensorielle. L'alimentation n'a jamais rien présenté d'extraordinaire. Pas d'alcoolisme, à peine 1 litre de vin par jour. Le malade a commencé à souffrir de l'estomac il y a une vingtaine d'années. Au début, lassitude générale, aérophagie (200 à 300 rots en séries après les repas). Régurgitations acides, gonflement après les repas. Constipation.

La situation demeura ainsi pendant une dizaine d'années.

Puis les symptômes s'accrochèrent rapidement. Cette recrudescence commença par de violentes douleurs, siégeant au niveau du creux épigastrique et ne se propageant pas. Elles consistaient en une sensation de serremments ou de brûlures intenses ; elles arrachaient des cris au malade ; au début, elles survenaient en général 3 à 4 heures après les repas, spécialement dans l'après-midi. Le malade n'était pas réveillé la nuit. Les mets épicés, les ragoûts, les sauces exacerbaient les douleurs. Mais bientôt les douleurs vont devenir continuelles et un nouveau symptôme va se manifester, le vomissement. En même temps l'appétit diminuait considérablement.

Les vomissements sont extrêmement fréquents. Alimentaires lorsqu'ils surviennent assez rapidement après les repas, ils sont plutôt tardifs et composés de liquide limpide, fortement acide.

Ils laissent après eux une sensation d'agacement des dents et de brûlure le long de l'œsophage. La quantité de liquide rejeté à chaque vomissement est de 100 à 200 ^{cs} environ: Ils produisent un soulagement passager.

Vers 1892, le malade fit une hématomèse de 200 grammes de sang environ, évacué par gorgées. Les vomissements après cette hémorrhagie et les douleurs se calment un peu, le malade qui depuis 2 ans faisait des séjours prolongés au lit et avait eu de l'amaurose pendant 3 semaines se met à travailler, quoique souffrant et vomissant toujours.

Puis à la suite d'un traumatisme abdominal léger, les phénomènes redoublent d'intensité. Les douleurs sont extrêmement vives, à se tortre, sensation de plaie à vif.

Les vomissements de liquide acide reprennent avec plus d'intensité que jamais. Quinze, vingt fois peut-être dans la journée, le malade vomit ou se fait vomir. Parfois, mais assez rarement, ce sont des aliments qu'il rend.

Depuis 4 ans, il y a eu 12 à 14 hématomèses peu abondantes, noirâtres, leur fréquence tend plutôt à augmenter, elles reviennent à des intervalles variables de 3 mois à 8 jours. Elles ne dépassent jamais en abondance 1/2 verre. Le 18 mars dernier, le malade a rendu, dans une de ces hématomèses, une peau rouge (caillot). Ces hématomèses sont accompagnées pendant une heure ou deux de nausées.

La station debout et la marche augmentent la fréquence des vomissements acides. Leur quantité en une journée est de 1 litre à 1 litre 1/2.

Constipation opiniâtre. Souvent les matières contiennent des aliments absolument intacts, non digérés (carottes, petits pois etc.).

Les phénomènes nerveux sont très intenses. Préoccupation incessante. Le malade s'incite à vomir pour se soulager dit-il. Insomnie, fatigue intense au réveil. Cauchemars.

Enfin, l'appétit est très capricieux. Souvent exagéré. Depuis deux ans le malade ne se nourrit plus guère que de légumes et de pain. Il a beaucoup maigri ; le poids est tombé de 70 kil à 58.

La dernière hématémèse date de 3 semaines.

Examen à l'entrée. — La face antérieure de l'estomac est sensible, il s'agit d'une douleur diffuse.

Foie de 8 centimètres ne dépassant pas le rebord costal.

Du 18 mars au 15 avril, on essaye les divers calmants : eau chloroformée, laudanum, narcyl, belladone, etc., aucun résultat à jeun très léger clapotage digital. L'analyse du suc gastrique a démontré une certaine hyperchlorydrie.

$$T = 372$$

$$H = 124$$

$$C = 135$$

$$H + C = 269$$

$$T = 113$$

Du 15 avril au 1^{er} mai, aucune amélioration, sialorrhée abondante, exagérée comme à plaisir par le malade.

Traitement. — Morphine, diète hydrique, lavements alimentaires.

3 mai. — Vomissement de sang noir.

Du 4 mai à fin juin, les vomissements acides ont un peu diminué, mais les douleurs sont toujours très vives. Le malade déclare sentir un liquide brûlant se déplacer dans l'estomac

1^{er} juin. — Opéré par M. Ricard. On trouve un ulcère en voie de cicatrisation au niveau du pylore.

Gastro-enterostomie postérieure.

6 juin. — Résultat opératoire excellent. Sédation des douleurs, des vomissements.

20 juin. — Le malade revient à Andral. Les douleurs et les vomissements ont recommencé. Etat névropathique non amélioré.

12 juillet. — Sort sur sa demande. Pas grande amélioration. L'opération a seulement un peu calmé les douleurs et les vomissements.

Octobre 1904. — 4 mois après l'opération. Résultat opératoire excellent. Thérapeutique nulle. Toujours des douleurs, toujours des vomissements. Le malade n'a pas été revu à jeun.

OBSERVATION VIII

Ulcus chronique et hystérie.

M^{me} G .., 30 ans, entre le 30 novembre 1900, à l'hôpital Andral.

Antécédents personnels. — Jamais de maladies antérieures, réglée à 16 ans, toujours régulièrement, depuis 5 ans avance un peu. 3 grossesses à terme. Pas de fausses-couches. Enfants bien portants. Pas de maladies d'estomac dans la famille.

Très impressionnable. Crises de larmes sans motif. Sensation de boule à la gorge. Fatigue au réveil. Cauchemars dans la nuit. Hémianesthésie.

Pas de caféisme ni d'éthylisme.

Souffre de l'estomac depuis cinq ans. A commencé à ressentir des sensations de pesanteur au creux épigastrique, en même temps vomissements, la nuit d'abord 5 à 6 heures après le repas du soir, vomissements alimentaires, abondants, acides, agaçant les dents comme du vinaigre.

Puis les vomissements devinrent bi-quotidiens, puis beaucoup plus fréquents. Un mois environ après ce début, hématurie de la valeur d'un demi-verre. Les douleurs devinrent alors de plus en plus violentes, à se tordre. Les vomissements provoquaient un soulagement passager, parfois la malade restait calme 3 à 4 jours au plus.

L'appétit était resté bon.

Doleurs et vomissements ont ainsi persisté, entraînant un grand amaigrissement. Après les vomissements alimentaires, surviennent des vomissements faciles, sans efforts de liquide acide, brûlant l'œsophage, limpides, mais qu'un peu de bile vient parfois colorer et rendre amers.

La malade vomit à chaque instant, quel que soit l'endroit où elle se trouve, en voiture, en omnibus, dans la rue.

M. Courtois-Suffit, voit la malade et la met au lait, aux œufs et aux alcalins. Aucune amélioration du fait de ce régime suivi 3 mois. L'appétit est variable, il y a des jours où la malade mange avec faim d'autres au contraire où elle n'a aucun appétit. Amaigrissement de 16 livres depuis 6 mois. Les vomissements sont au nombre de 10 à 15 par jour actuellement. Récemment ils eurent une teinte chocolat. La douleur est plus tolérable quand la malade se met sur le dos. Le matin à jeun, fréquemment vomissement de liquide acide.

Examen physique à l'entrée. — Foie de 7 centimètres.

Sensibilité vive au creux épigastrique.

A jeun, clapotage léger. Par le tubage on retire environ 100 cmc. d'un liquide clair, fortement acide, contenant en suspension de flocons blanchâtres.

La malade reste à l'hôpital jusqu'au 14 décembre. Traitement par le bismuth, les alcalins, la codéine et la morphine en potion, aucune amélioration.

OBSERVATION IX

Ulcère chronique et hystérie.

M^{me} G..., 32 ans, sans profession, souffre de l'estomac depuis 6 ans environ.

Antécédents héréditaires. — Père mort d'un cancer d'estomac.

Antécédents personnels. — Rien. A 3 enfants bien portants, Très nerveuse. Tombe et perd connaissance à la moindre contrariété. Aucun signe d'épilepsie. Hémianesthésie. Rétrécissement du champ visuel. Ethylisme. 1/2 verre d'eau de vie à jeun. Cidre en assez grande quantité.

Souffre de l'estomac depuis environ 6 ans.

Douleurs, 1 heure ou 2 après le repas, besoin de dormir, gonflement et pesanteur à l'estomac. Vomissements très pénibles, s'effectuant en plusieurs gorgées, avec beaucoup d'efforts constitués par aliments et bile. Ces vomissements sont très fréquents 6 à 8 par jour. La malade est loin cependant de

rendre tout ce qu'elle a mangé. Deux fois elle a eu des hématemèses dont la quantité n'a jamais dépassée 1/2 verre.

A été mise au lait, soulagement.

Actuellement, le matin au réveil, tête lourde, nausées, efforts de vomissement, éructations fréquentes et pénibles; pas de vomissement cependant. L'état reste tel jusqu'à 11 heures, demi heure ou 1 heure après le déjeuner, pesanteur et gonflement à l'estomac puis vomissements nombreux. Mêmes phénomènes après le repas du soir. Les vomissements ne soulagent pas beaucoup la malade.

20 janvier. — Quatre jours après l'entrée de la malade, mélena.

Examen. — Foie de 9 centimètres.

Hypéresthésie à gauche, anesthésie à droite.

Sensibilité vive à la pression profonde au creux épigastrique.

24 janvier. — Vomissements aussi fréquents.

Douleurs moins vives, Codéine et morphine en solution.

29 janvier. — La malade va mieux, ne vomit presque plus et demande à sortir.

OBSERVATION X

Ulcère récidivant. — Forme fruste.

M. Paul C..., 30 ans, domestique, souffre de l'estomac depuis 10 ans.

Antécédents héréditaires. — Père mort à 65 ans, aurait souffert

de l'estomac pendant un an avant sa mort , et aurait eu des hématomèses.

Mère morte à 59 ans, souffrait également de l'estomac.

A eu 12 frères et sœurs, dont 3 morts en bas-âge.

Antécédents personnels — Exempté pour la marche au conseil de revision. N'a rien eu avant sa gastropathie.

Marié à 25 ans, le mariage n'a eu au dire du malade aucune influence sur ces phénomènes dyspeptiques. A un enfant de 2 ans présentant actuellement des terreurs nocturnes.

Pas d'alcoolisme.

A 20 ans commence à souffrir de l'estomac de douleurs avant les repas mais par intervalles de 15 jours à 1 mois seulement et surtout l'été.

Trois ans après ce début, première hématomèse, la nuit, syncope, L'hémorrhagie soulage bien le malade pendant quelque temps, les douleurs sont moins fortes. Pendant 2 ans le malade continue cependant à souffrir par intervalles, puis calme complet pendant près de deux nouvelles années. Le malade définit cette euphorie en disant : « c'est comme si je n'avais jamais souffert de l'estomac. » Pendant ce calme il se marie.

Cinq à six mois après il commence à souffrir à nouveau il fait alors une autre hématomèse peu abondante. Pendant six mois après cette nouvelle gastrorrhagie les douleurs persistent peu intenses. Un seul vomissement alimentaire.

Pendant une nouvelle année, santé parfaite. Enfin reprise de douleurs légères pendant quelques mois.

Les phases de troubles sont survenues toutes en été, au moment du plus dur labeur et des boissons irritantes (cidre fort).

Le malade n'a guère soigné son régime alimentaire. Il man-

geait de tout dans ses phases de calme, et prenait un litre de lait par jour avec une alimentation ordinaire pendant les périodes de douleurs. Médications diverses. Purgations. Charbon, tisanes des Shakers, sirop de Fer, grains de santé de Kock. A été traité à la campagne.

OBSERVATION XI

Ulçère récidivant. — Forme à hypersécrétion continue avec stase alimentaire.

M. B..., 43 ans, sans profession, entre à l'hôpital de Andral en novembre 1901.

Antécédents héréditaires. — Mère bien portante. Père mort de grippe.

Antécédents personnels. — A 12 ans, fluxion de poitrine. A 20 ans a eu en Cochinchine les fièvres paludéennes et la dysenterie. A 21 ans est entré à l'hôpital pour gastrite, en sortit trois semaines après.

C'est de cinq ans plus tard que datent ses troubles gastriques.

Subitement il fut pris de douleurs très vives, spontanées lancinantes, lui arrachant des cris, cinq à six heures après le repas. Le maximum de la douleur survenait vers deux heures du matin. En outre vomissements, dans lesquels le malade remarque des matières ingérées (haricots par exemple) trois jours auparavant. Une hématemèse, peu abondante à cette époque. Phénomènes neurasthéniques, céphalée, bourdonnements d'oreille, insomnie, fatigue matutinale.

De 25 à 41 ans, le malade a ressenti exactement les mêmes symptômes cinq fois à intervalles éloignés. Chacune de ces crises durait de un à trois mois. Sur ces cinq crises il n'y eut que deux fois de l'hématémèse et à la dernière du méléna. Dans l'intervalle de ces attaques, la santé du malade fut bonne, il ne souffrait nullement. Il y a deux ans, à la suite d'une grippe survint de la néphrite avec anasarque. Le malade en était guéri quand il fit une hématémèse de près d'un litre de sang. Deux autres hématémèses moins abondantes survinrent les jours suivants. En même temps revenaient les douleurs d'estomac et les vomissements de stase,

Examen à l'entrée. — Foie de 8 centimètres.

Estomac dilaté, clapote fortement à jeun, descend à 3 travers de doigt au dessous de l'ombilic.

Amaigrissement marqué, le malade ne pèse que 56 kilog. 700.

12 novembre. — Traitement. Régime lacté. Bismuth.

13 novembre. — Tubo-gavages de 1 litre, la quantité d'urine passe à 2 litres 1/2.

19 novembre. — Le malade va mieux. Il pèse 59 kilog. 600.

29 novembre. — Envoyé à M. Ricard pour opération. Ulcus de la région pylorique. Gastro entérostomie.

OBSERVATION XII

Ulcus chronique. — Forme fruste. — Mort par péritonite généralisée due à une perforation

M. L..., 56 ans, sans profession.

Antécédents héréditaires. — Longévité très marquée des ascendants. Mère très nerveuse avait des crises de nerfs.

Antécédents personnels. — Affection pulmonaire aiguë vers 19 ans. Blennorrhagie à 20 ans.

Ethylisme, 1 litre 1/2 de vin, un apéritif, 1 tasse de café avec petit verre chaque jour. Rarement de l'absinthe.

Nervosisme marqué. Emotivité. Pas de crise de nerfs. Pas de stigmate d'hystérie.

Histoire de la maladie — En 1897, à la suite d'une période de surmenage et de contrariétés éclatent brusquement les accidents actuels qui dès le début acquièrent les caractères que le malade leur décrit actuellement.

Ce sont des douleurs survenant tantôt rapidement après l'ingestion des aliments, tantôt 3, 4, 5 heures après. Elles ressemblent à des brûlures, des tortillements siégeant derrière l'appendice typhoïde. Ces douleurs pas très violentes sont quotidiennes. Depuis le début, il n'y a pas eu 2 jours de suite sans ces douleurs.

Jamais de vomissements. Mais régurgitations glaireuses. Sensation d'arrêt des aliments derrière le sternum. Constipation.

Successivement le malade va à Lariboisière et à Tenon où

il n'obtient aucun soulagement par le régime lacté et les alcalins.

Le 3 octobre 1900, il vient alors à la consultation d'Andral.

Examen. — Pas de point épigastrique. Pas de clapotage.

Régime lacté absolu. $\text{Co}^3\text{Na H}$, et MgO .

17 octobre. — Ne souffre plus depuis huit jours. A engraisé.

25 octobre. — Repas d'épreuve.

T	386
H	138
C	124
H+C	262
F	124

15 novembre. — Le malade recommence à souffrir à la suite de chagrins.

28 janvier. — Aucune sensibilité à la pression de l'estomac, douleur en arrière de l'appendice xiphoïde. Le malade souffre toujours. Les douleurs correspondent à la 8^e vertèbre dorsale.

21 mai 1901. — Entre à l'hôpital. Y reste jusqu'au mois d'août et en sort amélioré.

Y rentre le 22 novembre 1902. A toujours souffert.

Il y revient une troisième fois en avril 1903. Douleurs vives. Etat général grave. Dépression très marquée. Dyspnée. Teint plombé. Pouls très petit. Pas de vomissement. Douleur abdominale diffuse. Epanchement ascitique évident. Mort au bout de 2 jours.

Autopsie. — Péritonite généralisée avec liquide louche, due à la perforation d'un ulcère, siégeant dans la partie élevée de la face antérieure de l'estomac.

OBSERVATION XIII

Ulcus chronique probable. — Récidive après opération.

M. D..., âgé de 37 ans, entre à l'hôpital Andral le 18 juillet 1904.

Antécédents héréditaires. — Mère morte de (congestion ?) Trois frères de bronchite.

Antécédents personnels. — Variole et bronchite à 20 ans. Légères légions bacillaires aux sommets, respiration rude, craquements à droite.

Le passé gastrique du malade est complexe et difficile à éclaircir. Il aurait commencé à souffrir de l'estomac il y a 15 ans. Ce furent d'abord des douleurs survenant 3 heures après le repas de midi. A ce moment le malade buvait 1 litre 1/2 de vin par jour et mangeait de tout.

Puis les douleurs survinrent la nuit, réveillant le malade qui parvenait à les calmer en prenant une grande quantité de bicarbonate. Quelques mois après le début des douleurs, apparurent des vomissements alimentaires, de goût extrêmement acides, survenant de 5 à 7 heures après les repas, particulièrement la nuit, calmant toujours la douleur.

A plusieurs reprises il y eut du sang rouge en notable quantité dans ces vomissements. Il y a 9 ans, 6 ans après le début de ces troubles le malade fut traité par les tubo-gavages et opéré. Il est impossible de savoir exactement quelle opération fut pratiquée. En tout cas cette opération n'amena qu'une amélioration passagère, les vomissements reprirent il y a cinq ans,

une nouvelle laparotomie fut faite par M. Reygnier, on pratiqua alors une gastro-entérostomie et l'on aurait constaté une « ulcération cancéreuse ».

A la suite de cette nouvelle intervention le malade alla mieux pendant 3 ans.

Depuis 2 ans, il a maigri, les vomissements, les douleurs ont repris correspondant toujours à l'horaire tardif. Il existe à jeun du clapotage jusqu'à l'ombilic. Le malade étant au régime lacté, on ne sait si les vomissements renferment des aliments ingérés depuis longtemps. Ces jours derniers il y a eu du méléna.

La face antérieure de l'estomac, présente une sensibilité assez grande. Foi de 7 centimètres.

Seul le mélange de $\text{Co}^3 \text{NaH}$, MgO a quelque action sur la douleur.....

Le malade quitte le service à la fin d'août souffrant toujours, mais vomissant un peu moins.

On l'a revu en septembre. L'état de son estomac et de ses poumons était stationnaire.

OBSERVATION XIV

*Ulcus chronique. Forme douloureuse. -- Gastro-entérostomie.
Récidive des douleurs.*

M^m R .., 38 ans, entre à l'hôpital Andral, le 9 janvier 1901.
Elle souffre de l'estomac depuis 6 ans. Les douleurs qu'elle

ressent très violentes se sont manifestées depuis le début, d'une façon presque continue, avec de rares intervalles de calme.

Elles surviennent soit avant le repas, sous l'influence de la faim, soit tardivement après l'ingestion des aliments. Très intenses, elles irradiant vers le dos, arrachant des cris à la malade, analogues à une plaie à vif. Il n'y a eu qu'à de très rares intervalles des vomissements alimentaires.

Ni hématomèse, ni méléna. Aucun signe de sténose.

La malade se plaint souvent de ne pouvoir avaler, il lui semble que ses aliments s'arrêtent derrière le sternum.

L'appétit est conservé, l'amaigrissement est cependant marqué. Comme médication, du bicarbonate de soude a surtout été donné mais sans aucune méthode.

Examen du 10 janvier 1901. — Foie petit de 7 cent.

L'estomac descend au niveau de l'ombilic. Endolorissement léger à la pression de l'épigastre. Ni clapotage ni flot à jeun.

La malade reste à l'hôpital jusqu'au début de mars. En raison de l'intensité des douleurs, de leur continuité et de leurs caractères spéciaux M. Mathieu établit le diagnostic d'ulcus chronique et la malade est envoyée à M. Poirier.

L'opération est faite le 15 mars 1901. « Il s'agissait écrit M. Poirier, d'un très vieil ulcère, développé sur la face antérieure, tout près de la petite courbure, dans la moitié cardiaque de celle-ci. Après avoir perforé la paroi stomacale, il avait entaillé la partie contiguë du lobe gauche du foie. J'ai dégagé le foie adhérent et me suis trouvé en présence d'un cratère à bords indurés conduisant dans l'estomac. J'ai suturé, après quoi j'ai fait la gastro-entérostomie postérieure ; la malade va très bien. »

La malade n'a pas été soulagée immédiatement après

l'opération. Elle ne pouvait supporter ni viande, ni œufs, ni bouillon.

Ce n'est qu'après trois mois, qu'elle a recommencé à prendre de la viande en petite quantité. Les douleurs ont décru peu à peu.

En novembre 1901, 8 mois après l'opération, la malade a engraisé de 8 kilog.; elle n'éprouve plus qu'un peu de pesanteur et de ballonnement après les repas.

Au mois de mai 1902, treize mois après l'opération, la malade rentre à nouveau à l'hôpital. Depuis 6 mois elle avait repris l'alimentation ordinaire et se portait bien. A la suite de surmenage elle s'est remise à souffrir; elle se plaint de douleurs très vives d'une durée d'une demi-heure survenant après les repas.

On supprime l'alimentation buccale et on donne des lavements alimentaires, puis, au bout de quelques jours on revient à l'alimentation buccale. La malade quitte l'hôpital le 30 janvier 1902, après un séjour de deux mois, très améliorée. On lui conseille un régime alimentaire sévère, une récurrence étant à craindre.

En novembre 1903, 2 ans et 8 mois après son opération, la malade revient à nouveau à l'hôpital. Depuis sa dernière sortie, elle allait bien, ne souffrait pas, travaillait, vivait de régime. Subitement, il y a 15 jours au lavoir, elle est prise d'une sensation de faim douloureux, qu'elle essaye de calmer par l'ingestion de pain, mais qu'elle rend au contraire plus vive. Depuis lors cette douleur a persisté, très intense, à crier. La malade rentre à l'hôpital Andral. On la met aux lavements alimentaires et aux calmants.

Elle en sort le 30 janvier, un mois et demi après son entrée très améliorée. Elle n'a pas été revue depuis cette date.

CONCLUSIONS

Dans l'ulcère chronique et récidivant, la douleur survient rarement d'une façon précoce après l'ingestion des aliments. Presque toujours elle est tardive et c'est plutôt son intensité, ses irradiations, que son horaire, qui constituent ses caractères originaux.

Aux types classiques de l'hémorrhagie dans l'ulcus, il convient d'ajouter une forme de gastrorrhagie, à répétitions abondantes, imprimant un cachet tout particulier aux types cliniques qu'elle accompagne. Le diagnostic de cette forme est parfois très difficile à faire d'avec l'hématémèse hystérique.

L'hystérie imprime à l'ulcère des modifications d'allure très spéciale qui portent surtout sur la sensibilité et la motricité de l'estomac.

Il existe une forme clinique fruste d'ulcus à longue évolution. L'effacement de certains symptômes y met en évidence l'importance de la douleur. Ce type se rapporte de préférence aux ulcères siégeant loin du pylore ou assez près du cardia.

La stase peu abondante, la précocité et l'intensité des douleurs après l'ingestion d'aliments, la provocation d'une douleur à la palpation de l'estomac, la dilatation minime de l'estomac sont des caractères infidèles pour différencier l'ulcère en activité de la sténose pylorique, le critérium réside dans l'hémorrhagie, encore est-il nécessaire qu'elle soit d'une intensité suffisante, et les gastrorrhagies microscopiques révélées par les réactions chimiques n'en sont pas un sûr garant.

La récidence post-opératoire de l'ulcère d'estomac n'est pas chose très rare. Cette fréquence est mal établie. Elle doit rendre circonspect dans l'intervention chez des malades hystériques ou très nerveux.

L'ulcère à récidives ou à rechutes est assez rare dans les types cliniques à Reichmann, c'est-à-dire dans les ulcus pyloriques ou juxta-pyloriques ; la raison en est assez facile à saisir, elle réside en partie dans l'activité plus grande de cette partie de l'estomac, dans le contact permanent de l'ulcère avec les liquides de la digestion et dans les phénomènes de contracture pylorique.

Les récidives comprennent deux ordres de faits : des périodes de calme courtes et incomplètes, intercalées entre des phases actives de longue durée (une ou plusieurs années) ; des intermittences longues alternant avec des périodes d'activité courtes, de quelques mois seulement.

Y a-t-il entre ces deux ordres de faits, une différence fondamentale. La première comprend-elle les cas où la guérison anatomique n'a pas lieu, la seconde ceux où

la lésion guérit et récidive réellement? Gardons-nous bien de l'affirmer. D'abord il y a des formes de transition, ensuite si les cas ou la guérison et la récidive anatomiques sont prouvées, la longue latence clinique de lésions anatomiquement chroniques ne fait à son tour aucun doute. Il n'existe donc aucun critérium nous permettant de croire à la guérison réelle d'un ulcère; tout au plus la longue durée des périodes de calme jointe à la brièveté des crises, permettrait-elle de soupçonner l'existence d'une série d'ulcères aigus à répétition.

Vu : Le Doyen,

DEBOVE.

Vu : Le Président de la Thèse,

BRISSAUD.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

L. LIARD.

BIBLIOGRAPHIE

- BRINTON. — Traité des maladies de l'estomac.
- C. HAYEM et G. LYON. — Traité clinique et thérapeutique des maladies de l'estomac et de l'intestin.
- A. MATHIEU. — Traité des maladies de l'estomac et de l'intestin.
- A. MATHIEU et J. CH. ROUX. — Notes de clinique et de thérapeutique (1^{re} série).
- A. MATHIEU. — Trois cas de dégénérescence cancéreuse de l'ulcère d'estomac. (Société médicale des hôpitaux 1897.)
- A. MAY. — Trait médical de l'ulcère hémorrhagique de l'estomac.
- MARION. — Du traitement chirurgical de l'ulcère d'estomac. Thèse de Paris 1898
- SAVARIAUD. — De l'ulcère hémorrhagique de l'estomac et de son traitement.
- Compte rendu du Congrès de chirurgie allemand, 1902.*
- Compte rendu du Congrès de Bruxelles (1905), de la Société Internationale de chirurgie.*